



MÉTRICA DE AUTORIZACIÓN PREVIA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS MÉDICOS (EXCLUYENDO LOS MEDICAMENTOS)

Para cumplir con la regla definitiva sobre la Interoperabilidad y Autorizaciones Previas de los CMS, Leon Health INC tiene la obligación de reportar cada año, en nuestro sitio de internet, el total de las métricas de autorización previa.

Específicamente, en esto se incluye la lista de todos los productos y servicios médicos (excluyendo los medicamentos) que necesitan autorización previa, así como los datos sobre las solicitudes de autorización previa de dichos productos y servicios (por ejemplo, las aprobaciones, las denegaciones, etc.) a lo largo del año calendario anterior. Reportar estas métricas públicamente promueve la transparencia y la responsabilidad, ayuda a los pacientes a entender los trámites de la autorización previa y permite que los proveedores evalúen el desempeño de los pagadores. Además, las métricas pueden usarse en comparar los planes, programas y pagadores. Comuníquese al 844-969-5366, si desea preguntar algo sobre los datos que están a continuación.

Período reportado: 2025

Los productos y servicios médicos para los que necesitamos la autorización previa son estos (excluyendo los medicamentos):



Favor de ver la lista de los productos y servicios médicos que necesitan la autorización previa en el siguiente enlace: [Lista de productos y servicios médicos](#)

Antes del 1ro de enero del 2026, los pagadores afectados tienen que enviar las decisiones sobre las autorizaciones previas dentro de los plazos siguientes:

- Cuando se trata de planes Medicare Advantage (MA) y los planes integrados aplicables, 72 horas para las **solicitudes agilizadas** (urgentes) y 14 días calendario para las **solicitudes estándares** (no urgentes)
- Cuando se trata de los programas estatales CHIP FFS, 14 días para las **solicitudes estándares** (no urgentes)
- Cuando se trata de planes de atención médica administrada y entidades CHIP de atención médica administrada, 72 horas para las **solicitudes agilizadas** (urgentes) y 14 días calendario para las **solicitudes estándares** (no urgentes)
- Cuando se trata de emisores QHP en las FFE, 72 horas para las **solicitudes agilizadas** (urgentes) y 15 días para las **solicitudes estándares** (no urgentes)

No hay plazos obligatorios respecto a los programas Medicaid FFS para ningún tipo de solicitud de autorización previa antes del 1ro de enero del 2026, y no hay plazos obligatorios de toma de decisiones respecto a los programas CHIP FFS cuando se trata de solicitudes agilizadas de autorizaciones previas antes del 1ro de enero del 2026.

A partir del 1ro de enero del 2026, la regla definitiva de los CMS sobre la Interoperabilidad y Autorizaciones Previas dispone que los planes Medicare Advantage (MA) envíen las decisiones sobre las autorizaciones previas:

- Dentro de 72 horas para las **solicitudes agilizadas** (urgentes)
- Dentro de 7 días calendario para las **solicitudes estándares** (no urgentes)

Solicitudes estándares de autorizaciones previas (no urgentes)

	Cuántas veces pasó esto	Del total de solicitudes	Porcentaje
Solicitudes aprobadas	22,500	23,065	97.55%
Solicitudes denegadas	565	23,065	2.45%

	Cuántas veces pasó esto	Del total de solicitudes	Porcentaje
Solicitud aprobada solamente después que se prorrogó el tiempo para revisarla*	0	23,065	0%

	Cuántas veces pasó esto	Del total de solicitudes	Porcentaje
Solicitud aprobada solamente después de la apelación	1	59	1.69%

Solicitudes agilizadas (urgentes) de autorizaciones previas

(La respuesta debe dársele al proveedor dentro de 72 horas)

	Cuántas veces pasó esto	Del total de solicitudes	Porcentaje
Solicitudes aprobadas	3709	3841	96.56%
Solicitudes denegadas	132	3841	3.44%

	Cuántas veces pasó esto	Del total de solicitudes	Porcentaje
Solicitud aprobada solamente después que se prorrogó el tiempo para revisarla*	0	3841	0%

*Como se hizo notar en la primera página de esta plantilla, es **opcional** reportar separadamente esta métrica cuando se trata de autorizaciones previas estándares y autorizaciones previas agilizadas. (debemos eliminar esta categoría, es opcional y los datos no son exactos)

Tiempo entre recibir la solicitud de autorización previa y enviar la decisión

	Tiempo promedio	Mediana de tiempo
Solicitudes estándares (no urgentes) de autorizaciones previas (la respuesta debe dársele al proveedor dentro de 7 días calendario)	21.36 horas	1 día
Solicitudes agilizadas (urgentes) de autorizaciones previas (la respuesta debe dársele al proveedor dentro de 72 horas)	2.88 horas	1 día

En 2025, recibimos el total de 23,068 solicitudes estándares (no urgentes) de autorizaciones previas correspondientes a nuestros pacientes cubiertos.

El 97.53% de esas solicitudes fue aprobado:

El tiempo promedio que tardó tomar las decisiones sobre las autorizaciones previas estándares fue de:

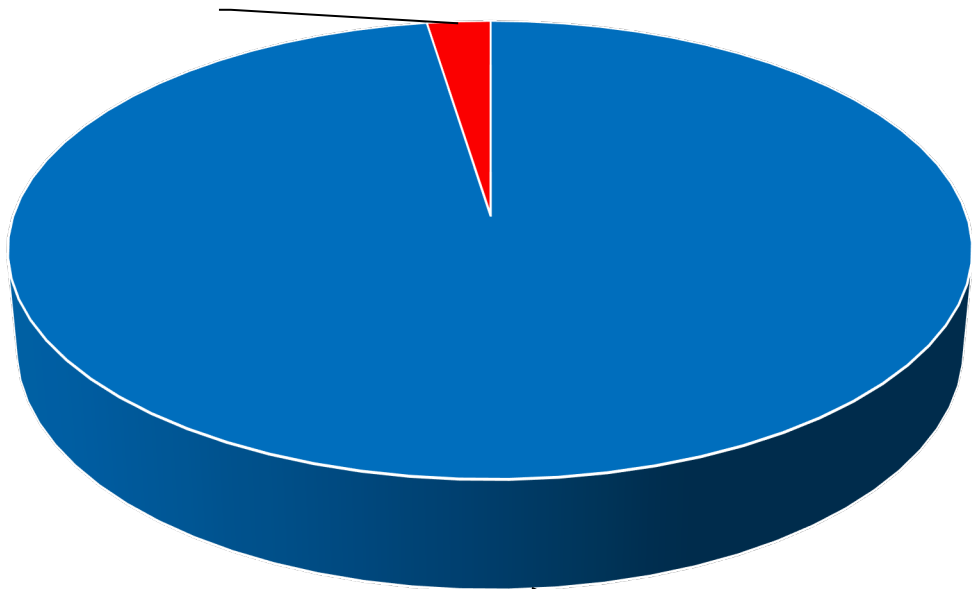
21.36 horas

El tiempo mediano que tardó tomar las decisiones sobre las autorizaciones previas estándares fue de:

1 día

SOLICITUDES ESTÁNDARES

Solicitudes denegadas: 565



Solicitudes aprobadas: 22,500

En 2025, recibimos el total de 3709 solicitudes agilizadas (urgentes) de autorizaciones previas correspondientes a nuestros pacientes cubiertos.

El 96.51% de esas solicitudes fue aprobado:

El tiempo promedio que tardó tomar las decisiones sobre las autorizaciones previas agilizadas fue de:

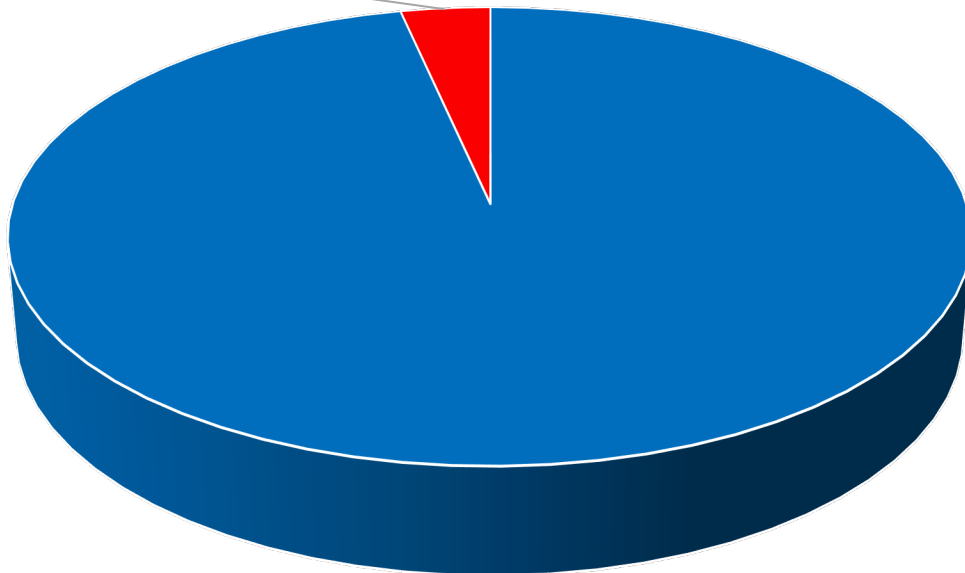
2.88 horas

El tiempo mediano que tardó tomar las decisiones sobre las autorizaciones previas agilizadas fue de:

0 día

SOLICITUDES AGILIZADAS

Solicitudes denegadas: 132



Solicitudes aprobadas: 3709